

LAUSUNTO

Helsinki 16.1.2015

SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNTA

Eduskunta

Viite: Sosiaali- ja terveysvaliokunta 22.1.2015, HE 330/2014 vp

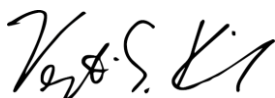
Asia: KIRJALLINEN LAUSUNTO HALLITUKSEN ESITYKSESTÄ EDUSKUNNALLE LAEIKSI SAIRAUSVAKUUTUSLAIN JA LÄÄKELAIN 57 §:N MUUTTAMISESTA

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry on valtakunnallisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen kattojärjestö. SOSTE on sosiaali- ja terveystieteellinen vaikuttaja ja asiantuntijajärjestö, joka rakentaa sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä yhteistyössä jäsenyhteisöjensä kanssa. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n varsinaisina jäseninä on 200 valtakunnallista sosiaali- ja terveysalan järjestöä ja yhteistyöjäseninä 63 muuta sosiaali- ja terveysalan toimijaa.

Liitteenä SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n lausunto yllämainitussa asiassa.

Lisätietoja: erityisasiantuntija Päivi Opari, puhelin 040 588 6154, paivi.opari@soste.fi

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry



Vertti Kiukas
pääsihteeri

SOSTE

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry
SOSTE Finlands social och hälsa rf
SOSTE Finnish Society for Social and Health

www.soste.fi

Yleistä

Sairausvakuutusta uudistetaan hallitusohjelman ja kehyspäättösten mukaisesti. Uudistus sisältää monia kannatettavia ja oikeansuuntaisia muutoksia. Uudistuksen pohjana on ajatus siitä, että lääkeshoidon kustannustaakkaa kevennetään niiltä, jotka tällä hetkellä maksavat lääkkeistään eniten ja että vastaavasti lääkkeitä vähän tai satunnaisesti käyttävät maksavat niistä jatkossa hieman aiempaa enemmän. Tämä on lähtökohtaisesti kannatettava periaate.

On kuitenkin huomattava, että perusteena sairausvakuutuslain muutokselle ovat vahvasti myös valtiontalouden säästötarpeet. Uudistukset vaikuttavat monin eri tavoin lääkkeitä tarvitsevien tilanteeseen ja sisältävät myös riskejä, erityisesti pienituloisten ja kaikkein heikoimmassa asemassa olevien kannalta.

Lääkekustannusten säästöjen etsimisessä tärkeää on kehittää vastuullisia hoitokäytäntöjä siten, että potilailla on ajantasainen, kokonaisvaltainen hoitosuunnitelma ja sen osana lääkityssuunnitelma. Lääkkeiden käytön tulee olla tehokasta, turvallista ja tarkoituksenmukaista. Epätarkoituksenmukainen lääkehoito lisää kustannuksia sekä yksilön että yhteiskunnan tasolla. Tällä hetkellä liian suuri osa lääkekuluista muodostuu potilailla turhaan käytössä olevista tai väärin määrätystä lääkkeitä. Oikea-aikainen ja hyvin suunniteltu lääkehoito edistää myös työ- ja toimintakykyä sekä osallisuutta yhteiskunnassa.

1. Alkuomavastuun käyttöönotto

Yksi merkittävimmistä lakiehdotuksen tuomista muutoksista lääkeshoidonkäyttäjälle on kalenterivuositaisen 45 euron alkuomavastuun käyttöönotto. Tämä lisää lääkekustannuksia erityisesti lääkkeitä vähän tai satunnaisesti käyttävillä. SOSTE piti kannatettavana linjausta, että paljon lääkeshoidonkäyttäjien tilannetta pyritään helpottamaan suuntaamalla syntyvää säästöä peruskorvausprosentin nostamiseen. Ajatuksena oli, että tämä hyödyttää merkittävää osaa lääkeshoidon ostajista. Erityisesti uudistuksesta hyötyvät ne, jotka ostavat lääkeshoidon paljon, mutta joiden vuotuinen maksukatto ei kuitenkaan ylitä. **Uudistuksessa tulisi taata, että alkuomavastuun taso ei jatkossa nouse.**

On tärkeää, että lasten ja lapsiperheiden tilanne on esityksessä huomioitu niin, että alkuomavastuu ei koske alle 18-vuotiaita. Muutoin etenkin monilapsisten perheiden lääkekustannukset voisivat nousta kohtuuttomasti.

Alkuomavastuun käyttöönotto saadaan järjestelmässä aikaan myönteisiä muutoksia ja parhaassa tapauksessa se lisää yksilön sitoutumista tarpeelliseen lääkehoitoon. Samalla siihen kuitenkin sisältyy myös riskejä erityisesti pienituloisten kannalta. Alkuomavastuu saattaa

aiheuttaa tilanteen, jossa tarpeellinen ja potilaan kannalta välttämätön lääkehoito jää toteutumatta. Vuonna 2011 julkaistun Kansalaisbarometrin mukaan noin 12 prosentilla eli puolella miljoonalla suomalaisella kotitalouden tulot riittävät huonosti lääkkeiden hankintaan. Tarpeellisen lääkehoidon toteutumatta jääminen lisää suurella todennäköisyydellä sairastavuutta, kasvattaa terveydenhuollon kokonaiskustannuksia, synnyttää kansantaloudellista tuottavuusvajetta ja on kaiken kaikkiaan inhimillisesti kestäväntöntä.

Hallituksen asettaman 26 miljoonan euron lisäsäästötavoitteen saavuttamiseksi alkuomavastuuta on korotettu viidellä eurolla, 40 eurosta 45 euroon, keväällä 2014 esitettyyn verrattuna. Korotus kuormittaa etenkin pienituloisia pitkäaikaissairaita, joiden kuukausittainen käyttövara on pieni, vaikkapa peruseläkkeen kokoinen. **SOSTE on huolissaan erityisesti niiden pienituloisten henkilöiden tilanteesta, joille ei synny norminmukaista oikeutta toimeentulotukeen, mutta jotka ovat toimeentulotuen rajan tuntumassa.** Onkin tärkeää lisätä erityisesti pienimmissä tuloluokissa tietoisuutta siitä, että lääkekustannukset ovat toimeentulotukeen oikeuttavia menoja.

Alkuomavastuun käyttöönotto monimutkaistaa lääkekorvausjärjestelmää ja edellyttää mittavia ja kalliita tietojärjestelmämuutoksia. Reaaliaikainen tiedonvälitys on kuitenkin nykyaikaa ja mahdollistaa asiakkaalle sujuvan korvauskäytännön. Asiakkaalle on merkittävää hyötyä esimerkiksi siitä, jos järjestelmä jatkossa toimii niin, että vakuutettu saa heti ostohetkellä korvauksen lääkekaton ylittävältä osalta. Sujuvan asioinnin ja vakuutettujen järjestelmää kohtaan tuntevan luottamuksen kannalta on toivottavaa, että järjestelmän rakentamiselle ja testaamiselle jää riittävästi aikaa ennen käyttöönottoa.

2. Maksukattoon liittyviä huomioita

Lääkkeiden käyttö on Suomessa jakautunut hyvin epätasaisesti. Suuret lääkekustannukset kasautuvat pienelle väestöosalle, jolloin suurin osa lääkkeiden käyttäjistä ei saavuta vuosittaista lääkemaksukattoa. Maksukatolla on kuitenkin merkitystä sekä henkilöille, jotka käyttävät paljon lääkkeitä että henkilöille, jotka käyttävät huomattavan kalliita lääkkeitä.

Lääkkeiden vuotuinen omavastuuosuus on Suomessa ollut tasoltaan korkea muihin pohjoismaihin ja Iso-Britanniaan verrattuna. Maksukattoa on alennettu vuosina 2013 noin 50 eurolla ja 2014 noin 70 eurolla, mikä on hieman helpottanut paljon lääkkeitä käyttävien tilannetta. Maksukatto on kuitenkin edelleen korkealla tasolla ja vaikeuttaa monien pienituloisten terveyden hoitoa ja arjessa selviytymistä.

Alkuomavastuun tuomat säästöt painoutuivat jo keväisessä esityksessä peruskorvausprosentin nostamiseen ja vuotuisen maksukaton alentaminen olisi jäänyt suuruudeltaan verrattain alhaiseksi, 11 euroon. Uudessa lakiluonnoksessa esitetään vuotuisen omavastuuosuuden laskemisesta luopumista ja sen jättämistä ennalleen 610 euroon. Tämä johtuu muun muassa siitä, että alkuomavastuun käyttöönotosta kertyvää säästöä ehdotetaan käytettäväksi myös

valtionalouden tasapainottamiseen. **SOSTE ei pidä maksukaton alentamisesta luopumista sosiaalisesti kestäväenä politiikkana, vaan esittää alkuomavastuun käyttöönosta saatavan säästön ohjaamista täysimääräisesti lääkkeidenkäyttäjien hyväksi.**

Lisäksi on hyvä huomioida, että lääkekatto on vain yksi terveydenhuollon piirissä olevista maksukatoista. Monilla pitkäaikaissairaille myös sairauden hoidon edellyttämät matkakustannukset ja julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut kasvavat niin suuriksi, että niihinkin liittyvät vuosittaiset maksukatot täyttyvät. Pienituloiselle tämä on merkittävä, usein jopa kohtuuton maksurasitus. **Eri maksukatot tulee yhdistää yhdeksi vuotuiseksi katoksi.** Yhdistetyn maksukaton tulee olla tasoltaan kohtuullinen, ei yhteenlaskettu summa lääkkeiden ja terveydenhuollon maksukatoista.

3. Lääkekohtaiset omavastuut

Esityksessä ehdotetaan, että lääkekohtaiset omavastuut 0,25 tai 0,13 euroa olisi mahdollista periä tietyissä tilanteissa jokaiselta alkavalta hoitoviikolta. Tämä mahdollistaa annosjakelun piirissä olevien asiakkaiden tietojen välittämisen reaaliaikaisesti Kansaneläkelaitokselle ja asettaa siinä suhteessa annosjakeluasiakkaat yhdenvertaiseen asemaan muiden lääkkeiden ostajien kanssa. On oikein ja kohtuullista, että reaaliaikaiseen lääkeostotietojen välitykseen siirtyminen toteutetaan esityksen mukaan kustannusneutraalisti jakamalla nykyinen kolmen kuukauden lääke-erän toimitusmaksu hoitoviikkokohtaiseksi.

Tähän asti kerralla peritty kolmen kuukauden ajalta kertynyt maksu on ollut joillekin vakuutetuille suuri summa kerralla maksettavaksi. Jatkossa kustannukset olisivat asiakkaan näkökulmasta helpommin hallittavia. **Esitys parantaa annosjakelua käyttävien asiakkaiden tilannetta ja SOSTE kannattaa esitystä.**

4. Apteekin hintaneuvonta

Läkelain uudistukseen liittyy täsmennys apteekin velvollisuudesta sisällyttää asiakkaalle annettavaan neuvontaan tieto edullisimmasta lääkevalmisteesta. Hintaneuvonnan tarkoituksena on tarjota asiakkaalle kattavat hintatiedot ostopäätöksen tueksi. Hintaneuvonnan vahvistamisella arvioidaan saatavan merkittävimmät säästöt alkuomavastuun käyttöönoston ohella.

Hintaneuvonnan saaminen on vakuutetun edun mukaista ja siitä koituu myös järjestelmätason säästöjä. Asiakas tekee ostopäätöksen itsenäisesti oman arvionsa mukaan ja hänellä on oikeus valita myös hinnaltaan kalliimpi tuote. SOSTE pitää esitystä kannatettavana.

5. Lopuksi

SOSTE pitää epävarmana saavutettavien taloudellisten säästöjen määrää pitkällä aikavälillä ja kokonaisuutena tarkasteltuna. Lääke- ja matkakorvausten supistaminen ja samanaikainen terveydenhuollon asiakasmaksujen korottaminen on lyhytnäköistä talouspolitiikkaa, joka lisää terveyden eriarvoisuutta ja kasvattaa sosioekonomisia eroja. Pienituloiset maksavat suhteessa enemmän lääkkeitä, hoidosta ja matkoista. Terveysongelmat ja pienituloisuus muodostavat usein toinen toistaan vahvistavan kierteen, jossa helposti laiminlyödään terveyden hoitaminen varojen puutteessa. Ongelmien ehkäisyn ja terveyden edistämisen näkökulmasta on huolestuttavaa, mikäli lääkkeitä jätetään ostamatta tai niiden hankkimista lykätään, jolloin sairaus jää hoitamatta ja tilanne vaikeutuu. Tällöin hoito ja muut korjaavat toimenpiteet painottuvat entistä voimakkaammin ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen sijaan.

Nyt valmistelussa olevat muutokset voivat lisätä toimeentulotuen tarvetta ja käyttöä. Kustannukset siirtyvät näin osittain toimeentulotukimenoihin. Kustannukset voivat siirtyä myös muihin kunnan palveluihin ja näkyä lisääntyneenä kotipalvelujen, vammaispalvelujen, omaishoidon tai laitoshoidon tarpeena. Lisäksi leikkaus yhdessä muiden ostovoimaa heikentävien toimenpiteiden kanssa lisää köyhyysriskiä.

Keskeistä uudistuksen toteutuksessa on varmistaa, ettei kenenkään tarvittava ja välttämätön lääkehoito vaarannu esitettyjen muutosten seurauksena. On tärkeää, että muutosten aiheuttamien vaikutusten seurantaan panostetaan seuraamalla muun muassa ostokäyttäytymistä ja vaikutuksia toimeentulotuen ja muiden palvelujen tarpeeseen.